

выкидыши и замершая беременность у 8 женщин, повторные медицинские аборт – у 5. Таким образом, паритет родов является значимым фактором риска ($p = 0,027$). Почти в половине случаев у матерей первой группы была выявлена урогенитальная инфекция (кольпит, цистит, бактериурия).

Выводы

Факторами риска затяжного характера желтухи у ребенка явились: возраст матери при первой беременности, повторная беременность у женщин с крайне отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, инфекционные заболевания у матери и наличие вредных привычек у отца ребенка.

Список литературы:

1. Горяйнова А.Н., Анцупова М.А., Захарова И.Н. Желтухи здорового новорожденного: причины, течение, прогноз// Медицинский Совет. - 2017. - №19. – С. 120-125.
2. Калугина Т.В., Ксенофонтова О.Л., Николина Е.В. и др. Алгоритм диагностики, лечения и профилактики желтухи у детей, рожденных в сроке гестации 35 недель и более: методические рекомендации для врачей // «Паритет». Екб. - 2015. – 16 с.
3. Логинова А. А. Особенности альбуминсвязывающей функции плазмы у детей с гипербилирубинемией в неонатальном периоде и способы ее коррекции Текст.: дис. . канд. мед. наук / А. А. Логинова. Самара: Самарский государственный медицинский университет МЗ РФ, 2013. – 183 с.
4. Логинова А. А. О причинах длительной гипербилирубинемии у новорожденных детей // Молодой ученый. — 2010. — №11. Т.2. — С. 161-164. — URL <https://moluch.ru/archive/22/2215/> (дата обращения: 23.02.2019).
5. Ткаченко А. К. Желтухи неонатального периода: учебно-методическое пособие / А. К. Ткаченко. Минск : БГМУ, 2017. – 68 с.
6. Gomella TL, Cunningham MD Neonatology: Management, Procedures, On Call Problems, Diseases, and Drugs. 7th Edition. – 2013.

УДК 616-06

Ведерникова Е.Э., Мухаметшина Г.И. СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ С АХАЛАЗИЕЙ ПИЩЕВОДА У ПОДРОСТКА 17-ТИ ЛЕТ

Кафедра факультетской педиатрии и пропедевтики детских болезней
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Vedernikova E. E., Mukhametshina G. I. THE CASE OF BRONCHIAL ASTMA COMBINATION WITH EHEAD ANALASIA IN A TEENAGER OF 17-YEARS.

Department of faculty pediatrics and propaedeutics of childhood diseases
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

Аннотация. Наиболее частой причиной астмоподобных состояний является патология верхних отделов желудочно-кишечного тракта, клинически проявляющаяся затруднением дыхания (иногда в сочетании с дисфагией) и наличием кашля. Приведенное клиническое наблюдение заболевания у 17-летнего пациента с сочетанием бронхиальной астмы и ахалазии пищевода позволяет акцентировать внимание врача на особенностях диагностики и лечения подобных больных.

Annotation. The most common cause of asthma-like conditions is the pathology of the upper gastrointestinal tract, clinically manifesting difficulty breathing (sometimes in combination with dysphagia) and the presence of cough. The given clinical observation of the disease of a 17-year-old patient with a combination of bronchial asthma and esophageal achalasia allows to focus on the features of diagnosis and optimal treatment of such patients.

Ключевые слова: бронхиальная астма, ахалазия пищевода, подросток.

Key words: bronchial asthma, esophageal achalasia, teenager.

Введение

В последнее время возрастает распространенность аллергических заболеваний у детей. Бронхиальной астмой страдают от 1-3 до 10% детей. В практике детских пульмонологов нередко встречаются пациенты с астмоподобными жалобами, длительно наблюдающиеся с такими диагнозами, как бронхиальная астма (БА) или рецидивирующий обструктивный бронхит. Отсутствие эффекта от базисной противоастматической терапии заставляет задуматься о других возможных причинах респираторных нарушений [1, 2]. Причинами дыхательного дискомфорта, сопровождающегося эпизодами удушья и длительным кашлем, могут быть гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, синдром назального затека, гипервентиляционный синдром, синдром дисфункции голосовых связок, хронический бронхит и многое другое, в том числе, редкая патология. В последнее время ряд исследователей указывает на частое сочетание БА с патологией верхних отделов пищеварительного тракта у детей, при этом в большинстве случаев сопутствующая патология носит малосимптомный характер.

Ахалазия пищевода — заболевание, при котором имеется дефицит нейронов в ганглиях интрамурального сплетения кардиальной части пищевода, что ведет к нарушению рефлексорного раскрытия кардиального отверстия при глотании, развитию спазма, расширению пищевода выше спазмированного его участка, нарушению перистальтики и эвакуации пищи в желудок. Распространенность ахалазии пищевода составляет 0,6–0,2 на 100 000 населения [3].

К «пищеводным» симптомам ахалазии пищевода можно отнести: дисфагию, срыгивания пищей, рвоты фонтаном; к «внепищеводным» — ночной

кашель, отставание в физическом развитии, частые пневмонии и бронхиты [4,5].

Цель исследования – представить клинический случай сочетания бронхиальной астмы с врожденным пороком развития пищевода.

Материалы и методы исследования

Подросток с клиническими проявлениями атопической бронхиальной астмы и ахалазии пищевода.

Результаты исследования и их обсуждение

Мальчик, 17-ти лет находился на стационарном лечении в пульмонологическом отделении МАУ ДГКБ №9 в сентябре 2018 года.

Anamnesis vitae. Ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне анемии, кольпита, зоба щитовидной железы, хронической фетоплацентарной недостаточности, угрозы выкидыша. На момент родов матери было 18 лет. Роды срочные, осложненные – амниотомия, длительный безводный период. Масса при рождении 4084 г, длина тела 52 см, Апгар – 6/8. Выписан из роддома с диагнозом: Сочетанная гипоксия легкой степени. Конъюгационная гипербилирубинемия. Находился на естественном вскармливании, рос и развивался соответственно возрасту.

В возрасте 1,5 месяцев перенес энтероколит, вызванный *citrobacter*, в среднетяжелой форме, затяжное течение. До 5 лет простудные заболевания до 6 раз в год (часто болеющий ребенок). В 4 года переболел ветряной оспой. В апреле 2014 (возраст 13 лет) года перенес пневмонию S3 слева.

Anamnesis morbi. Наследственность со стороны бронхолегочной системы и аллергической патологии не отягощена.

Впервые аллергия проявилась в возрасте 1 года в форме острой аллергической реакции по типу крапивницы.

В мае 2009 года (в возрасте 8 лет) обратились на консультацию к пульмонологу с жалобами на слезотечение, насморк, зуд в носу, чихание, кашель. Был установлен диагноз: аллергический ринит. Гиперреактивность дыхательных путей. Получал ингаляции с беродуалом, проводилась ирригация носовой полости. Осенью 2009 года повторная консультация пульмонолога, ребенку проведена спирография. Выявлено нарушение бронхиальной проходимости бронхов мелкого и среднего калибра, проба с бронхолитиками отрицательная; по результатам иммунологического исследования определена сенсibilизация к пыльце деревьев. Установлен диагноз: поллиноз. Бронхиальная астма?. В ноябре 2011 года проведено повторное аллергологическое обследование, выявлены бытовая, эпидермальная и пищевая сенсibilизации. Уточнен клинический диагноз: аллергический ринит круглогодичный, персистирующий. Аллергический конъюнктивит сезонный. Поллиноз. Гиперреактивность дыхательных путей. Назначено лечение: ингаляции беродуала и пульмикорта ситуационно, отмечался положительный эффект. С 2011 по 2014 гг. ребёнок жалобы не предъявлял.

В 2014 году появился приступообразный предутренний кашель без пробуждения. Ребёнок направлен в пульмонологическое отделение ДГКБ №9,

проведено исследование функции внешнего дыхания: снижение проходимости бронхов мелкого калибра. Проведена коррекция терапии (Сингуляр). Эффект от терапии сингуляром отсутствовал – кашель сохранялся. В связи с неэффективностью терапии ребенок повторно госпитализирован в пульмонологическое отделение ДГКБ №9 с жалобами на сухой приступообразный кашель, явления риноконъюнктивального синдрома в весеннее время и при контакте с животными. В ОАК определялась эозинофилия до 8-9%. По данным спирографии сохранялось снижение проходимости бронхов мелкого калибра. Повторно проведено аллергологическое обследование: сохранялась сенсibilизация на бытовые и эпидермальные аллергены.

Лечащий врач обратил внимание на имеющиеся жалобы на периодические боли в животе, изжогу, ночной кашель. Проведена ФГДС. Диагностирован гастроэзофагеальный рефлюкс. Катаральный эзофагит, (кандидозный эзофагит?). Назначено: беклометазон, эзомепразол, висмута трикалия дицитрат, флуконазол. На фоне терапии кашель сохранялся сухой, боли в животе купировались. Ребенок продолжал часто болеть ОРВИ – до 5-6 раз за год.

В связи с сохранением кашля в июне 2015 года проведена повторная консультация пульмонолога. Назначен будесонид+формотерол, без положительной динамики. В феврале 2016 выполнено КТ грудной клетки – на серии КТ грудной клетки на фоне диффузно усиленного легочного рисунка в нижних отделах легких с обеих сторон (больше справа) определялись множественные мелкие пролиферативные очаги с тенденцией к слиянию. Определялся резко расширенный на всем протяжении пищевод с наличием пищевых масс. Видимые бронхи проходимы. Внутригрудные лимфатические узлы не увеличены. Заключение: Ахалазия пищевода. Мелкоочаговая диссеминация. Для исключения специфической этиологии легочных изменений (tbc, грибковое поражение) проведена консультация фтизиатра, данных за туберкулез не получено. В ОАК сохранялась эозинофилия до 6-8%.

В январе 2018 года перенес острую гнойную деструктивную пневмонию слева, осложненную дыхательной недостаточностью 1й степени, плевотораксом слева. На КТ грудной клетки подтверждено наличие ахалазии пищевода.

Оперативное лечение ахалазии пищевода через 2 года после установления диагноза. Выполнена срединная лапаротомия, эзофагокардиомиотомия по Геллеру.

Результаты ФГДС до оперативного лечения: слизистая пищевода в нижней половине имеет белесоватую окраску. В просвете пищевода значительное количество жидкости с желчью, пищевых масс. Просвет пищевода расширен. Кардия стойко сомкнута. Слизистая желудка и ДПК без особенностей. Заключение: ахалазия пищевода. Нарушение эвакуаторной функции пищевода. ДГР.

Рентгенография пищевода с барием после оперативного лечения: глотание не нарушено. Пищевод свободно проходим, расширен. Кардиальный

отдел сужен. Бариевая взвесь длительно задерживается в пищеводе, периодически проваливается. Рельеф слизистой деформирован.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

Через 6 месяцев после оперативного лечения ахалазии пищевода подросток вновь обследован в пульмонологическом отделении МАУ ДГКБ №9 с диагнозом: atopическая бронхиальная астма, персистирующее течение, среднетяжелая форма. Получен положительный эффект от терапии будесонидом. Ребенку даны рекомендации по базисной терапии в амбулаторных условиях. В течении 6 месяцев обострений не зарегистрировано.

Выводы

Данный клинический случай является примером того, как более яркие симптомы бронхиальной астмы маскируют проявления патологии пищевода. В результате отсутствия радикальной коррекции патологии пищевода, бронхиальная астма оставалась неконтролируемой.

Несмотря на совокупность имеющихся с раннего возраста жалоб (дисфагия, длительный кашель), диагноз ахалазия пищевода был установлен только к 17ти летнему возрасту, таким образом, наличие астмоподобных симптомов требует проведения дифференциальной диагностики с другими патологическими состояниями, в том числе с ахалазией пищевода, с использованием современных визуализирующих методов и привлечением специалистов разного профиля: педиатров, пульмонологов, торакальных хирургов, оториноларингологов, гастроэнтерологов.

Список литературы:

1. Горячкина Л. А. Ошибки в диагностике бронхиальной астмы. Результаты наблюдений. /Л. А. Горячкина, О. С. Дробик, М. Ю. Передельская //Трудный пациент – 2010. - № 12. С. 36–39.
2. Соколова Л. В. Диагностические ошибки при бронхиальной астме у детей / Л. В. Соколова // Пульмонология. – 2002. - №1. – С. 72–77.
3. Балаболкин, И. И. Проблема бронхиальной астмы в детской аллергологии / И. И. Балаболкин // Аллергология и иммунология в педиатрии. – 2003. – Ноябрь. – С. 15–21.
4. Сигал Е.И., Бурмистров М.В. Доброкачественные заболевания пищевода // Тихоокеанский медицинский журнал. 2009. № 2. С. 40–46.
5. Трухманов А.С. Заболевания пищевода // Гастроэнтерология: национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. М.: ГЕОТАР-Медиа, 2008. С. 397–411.

УДК 616-07

Гарагашева В.Д., Джураева Д.Д., Кива А.П., Соломеина Е.С., Сафина Е.В.
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И
СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ПОЧЕК